



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**Frecuencia de automedicación de AINES y analgésicos-antipiréticos y características que los rodean, en hogares de la parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca en el año 2011**

***Tesis previa obtención  
de título de médico  
general***

**AUTORES:**

**Srta. Margarita Jara Arévalo**

**Srta. Lorena Jaramillo Castro**

**Sr. José Macías Matamoros**

**DIRECTOR Y ASESOR:**

**Dr. Marco Ojeda**

**CUENCA –ECUADOR**

**2011**



## RESUMEN

### **Frecuencia de automedicación de AINES y analgésicos-antipiréticos y características que los rodean, en hogares de la parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca en el año 2011**

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de automedicación de AINES y antiinflamatorios-antipiréticos y características que los rodean en hogares de la parroquia San Blas, Cuenca, 2011.

**Antecedentes:** El autoconsumo de AINES es un problema que afecta a la población en general. La automedicación está dada por diferentes factores socioeconómicos y culturales entre los que destacan, la condición económica, nivel de educación, acceso al servicio médico, facilidad de adquisición, el auge publicitario, la falta de control de aspectos legales, necesidad de mejorar la calidad de vida, decisión de intervenir activamente en la salud propia, aumento del conocimiento sobre el funcionamiento del cuerpo y los fármacos que le ayudarán a restablecer dicho funcionamiento.

**Metodología:** Nuestra investigación es de tipo cuantitativa, observacional. La recolección de datos se realizó mediante formulario estructurado, para su validación fue sometido a una prueba piloto; posteriormente tabulamos los datos utilizando Microsoft Excel y SPSS 15.00.

**Resultados:** El 69.6% contestó que ha ingerido medicación sin receta médica. El 44,8% toman medicación sin receta médica una vez por mes. Los medicamentos más utilizados son Tempra 129 (45,1%), Neurobion 116 (40,6%), Finalin 116 (40,6%), Apronax 114 (39,9%), Aspirina 113 (39,5%). El motivo más frecuente por el cual se automedican es la cefalea 52,4% que representa 150 encuestados. Le siguen los problemas osteomusculares, lumbalgia 38,5% y dolor muscular 31,8%.

**Conclusiones:** En los hogares de San Blas se automedican en un 69,6%, siendo los jefes de hogar mujeres entre 21-30 años, con educación primaria y un ingreso mensual bajo, los fármacos más consumidos fueron Tempra y Aspirina.

**Palabras claves:** automedicación, AINES, efectos adversos.



## ABSTRACT

### **Determine the frequency of self-medication of NSAIDs and anti-inflammatory, antipyretic and features in homes of San Blas, Cuenca, 2011.**

**Objective:** Determine the frequency of self-medication of NSAIDs and anti-inflammatory, antipyretic and features in homes of the San Blas, Cuenca, 2011.

**Background:** The consumption of NSAIDs is a problem that affects the general population, it doesn't respect ethnic groups, social clubs, age or gender. Self-medication is given by different socio economic and cultural factors like, economic status, education, access to medical service, ease of acquisition of the drug, The advertising boom, lack of control of legal, need to improve the quality of life, decision to intervene actively in their own health, increased knowledge about the functioning of the body and the drugs that will help restore that function.

**Methodology:** Our research is a quantitative, observational study. Data collection was conducted using a structured form, the same as for validation was subjected to a pilot plan, then tabulate the data using the Microsoft programs Excel and SPSS 15.00.

**Results:** of the people who answer the form 69.6% answered that ingested medication without a prescription and 30.1% didn't self-medicate. 44.8% self medication at least once a month. The drugs most frequently used are Tempra 129 (45.1%), Neurobion 116 (40.6%), Finalin 116 (40.6%), Apronax 114 (39.9%), Aspirina 113 (39.5%). The most common reason for self medication was headache with 52.4%. It is followed by musculoskeletal problems, back pain and muscle pain (38.5% and 31.8%)

**Conclusions:** In San Blas homes there are a self medication of 69,6%, The home chief are woman between 21-30 years old, with elemental education and a low salary. The most frequently used were Tempra and Aspirina.

**Keywords:** self-medication, NSAIDs, adverse effects



## **RESPONSABILIDAD**

El contenido del presente estudio es de absoluta responsabilidad de los autores.

.....  
**Margarita G. Jara A.**

0105186217

.....  
**Lorena P. Jaramillo C.**

1400473516

.....  
**José E. Macías M.**

0104807581



## **DEDICATORIA.**

Dedicamos este trabajo a nuestras familias y amigos, sin su apoyo y dedicación no hubiera sido posible la elaboración de esta tesis.



## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer a mi familia y amigos que me han brindado su apoyo incondicional en el transcurso de esta noble pero no por ello difícil y extenuante carrera. Y de manera especial a mi madre que ha sido mi guía, soporte pero sobre todo mi mejor amiga, porque me brindó su apoyo en las buenas y malas, porque me reprendió cuando debía y me hizo retomar el sendero cuando me extraviaba. Te amo mami. Además a la Gata por la paciencia para aguantarme, por cada consejo y cada momento, gracias amiga por estar ahí. Gracias negro por ser mi soporte día a día y por brindarme futuro. Te amo.

**Margarita Jara.**

Luego de haber concluido este trabajo quiero agradecer a mi Mami, a mi Papi y mis hermanos por el apoyo que me han brindado en el transcurso de toda mi carrera, son lo más importante para mí y a ellos debo lo que hoy soy. Además de mi familia no puedo olvidar a mis amigas, quienes me han sabido querer tal como soy, especialmente a mi amiga Mayaya con quien he pasado la mayor parte de experiencias.

Un agradecimiento especial al Dr. Javier Ochoa y Dr. Julio Jaramillo quienes desinteresadamente nos han brindado su ayuda y conocimiento. Gracias también al Dr. Marco Ojeda por el tiempo dedicado a este trabajo.

**Lorena Jaramillo**

Gracias a mi familia y amigos por el apoyo que me han dado en el transcurso de esta tesis.

De manera especial a mis compañeras Margarita y Lorena por todo lo que han hecho por mí. Y gracias Matías por darme la fuerza para seguir adelante día a día.

**José Macías**



## ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen.....	1
Abstract.....	2
Responsabilidad.....	3
Dedicatoria.....	4
Agradecimiento.....	5
 <b>Capítulo I</b>	
1.1 Introducción .....	8
1.2 Planteamiento del Problema.....	9
1.3. Justificación .....	10
 <b>Capítulo II</b>	
2 Marco teórico.	
2.1 Estudio de utilización de medicamentos .....	12
2.2 Automedicación .....	14
2.3. Uso racional de medicamentos.....	14
2.4. Medicamentos de venta libre .....	15
2.5. Estudios sobre automedicación .....	15
2.6. Antiinflamatorios de uso más frecuente .....	18
2.7. El dolor.....	18
2.7.1. Concepto .....	18
2.7.2. Prevalencia del dolor .....	19
2.8. Evaluación del paciente con dolor .....	20
2.9. Tratamiento farmacológico del dolor .....	21
2.10. Fármacos coadyuvantes.....	21
2.11. Analgésicos antipiréticos y AINES .....	22
2.11.1. Grupos farmacológicos de los principales AAP/AINES.....	23
2.12. Reacciones adversas.....	25
2.13. Estudios realizados.....	30
 <b>Capítulo III</b>	
3. Objetivos	
3.1 Generales.....	34
3.2 Específicos.....	34



## **Capítulo IV**

4. Diseño Metodológico.....	35
4.1 Tipo de estudio. ....	35
4.2 Área de estudio. ....	35
4.3 Universo y muestra. ....	35
4.4 Criterios de inclusión. ....	35
4.5 Criterios de exclusión. ....	36
4.6 Procedimientos, técnicas e instrumentos.....	36
4.7 Operacionalización de las Variables .....	37
4.8 Recolección de la información .....	37
4.9 Procedimientos para garantizar aspectos éticos .....	37
4.10 Análisis de la información .....	38

## **Capítulo V**

5 Resultados	
5.1 Cumplimiento del estudio.....	40
5.2 Características demográficas .....	40
5.3 Variables del estudio.....	44

## **Capítulo VI**

6 Discusión.....	56
------------------	----

## **Capítulo VII**

7 Conclusiones y recomendaciones.....	57
7.1 Conclusiones .....	57
7.2 Recomendaciones .....	58

## **Capítulo VIII**

8 Bibliografía .....	61
----------------------	----

<b>Anexos .....</b>	<b>65</b>
---------------------	-----------





## ***CAPÍTULO I***

### **1.1 INTRODUCCIÓN**

El dolor en sus diferentes etiologías es un problema de salud, las personas que lo padecen sea este en cualquier intensidad buscan encontrar alivio, para ello existen diferentes medidas como fármacos analgésicos antipiréticos antiinflamatorios no esteroides, que son los más despachados en las farmacias y tiendas de nuestra ciudad.

Estas drogas constituyen un grupo heterogéneo de compuestos que tienen como efecto primario inhibir la síntesis de prostaglandinas, a través de la inhibición de la enzima cicloxigenasa. Con frecuencia no están relacionados químicamente, y a pesar de ello comparten ciertas acciones terapéuticas y efectos indeseables semejantes. Los más frecuentes son: gastrointestinales, renales, hematológicas y de hipersensibilidad.

De éstas la aspirina es el prototipo del grupo y es la droga con la cual los distintos agentes son comparados, es la más vendida en el mundo y muy comúnmente utilizada por prescripción o automedicación.

Este estudio pretende encontrar datos relacionados con el expendio de estas drogas, utilizadas mayoritariamente en nuestro medio debido a su venta libre (fácil acceso), eficacia y por su precio relativamente económico, lo cual lleva al uso indiscriminado de éstos medicamentos por personas de todo estrato social e independientemente de su edad.

Ciertos fármacos de venta libre son despachados en grandes cantidades en farmacias y tiendas de Cuenca, entre ellos los AINES son de los más vendidos, estos fármacos como grupo, presentan reacciones adversas comunes y vinculadas a su mecanismo de acción.



## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este estudio pretende conocer la frecuencia del consumo de automedicación de AINES y analgésicos-antipiréticos en hogares de la parroquia de San Blas de la ciudad de Cuenca y subjetivamente las molestias o efectos secundarios a la ingesta del fármaco, sin incluir validación estadística o comprobación directa de dicho efecto.

El dolor como problema médico y la automedicación como problema social, plantean interrogantes y además necesidades de acciones para controlarlos.

El autoconsumo de AINES es un problema que afecta a la población en general, no respeta etnias, círculos sociales, edades ni género. La automedicación está dada por diferentes factores socioeconómicos y culturales entre los que destacan, la condición económica, nivel de educación, acceso al servicio médico, facilidad de adquisición del fármaco, el aumento de la cultura de la medicación, es decir determinado fármaco para determinado síntoma, el auge publicitario, la falta de control de aspectos legales, necesidad de mejorar la calidad de vida, decisión de intervenir activamente en la salud propia, aumento del conocimiento sobre el funcionamiento del cuerpo y los fármacos que le ayudarán a restablecer dicho funcionamiento.

En un estudio realizado en Chiclayo y Cajamarca, Perú, se obtuvieron los siguientes resultados: el perfil del consumidor de AINE en Chiclayo y Cajamarca corresponde al de un adulto joven que usa los AINE "clásicos" debido a síntomas inespecíficos y los adquiere –generalmente- sin indicación médica (71%); no es inusual que se los use simultáneamente con algún tipo de antibiótico (25%), los analgésicos más usados son el Ibuprofeno y el Naproxeno**(1)**.

Otro estudio revela que los menores de 50 años que consumían acetaminofeno más de dos veces por semana, tenían el doble de riesgo de sufrir pérdida de la audición, que los que no lo hacían. Además, los hombres de esta edad que habitualmente tomaban ibuprofeno u otros antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) por lo menos dos veces por semana, tenían dos tercios más de riesgo de sufrir pérdida de la audición que el resto de los usuarios de los AINES **(2)**.



Se ha intentado por varios medios (publicitarios, charlas educativas, boletines, etc.) frenar o al menos disminuir la automedicación, sin embargo por el auge tecnológico que brinda cada vez mayor información y además el publicitario y la facilidad de acceso ha sido casi imposible lograrlo.

Proponemos un mayor control en farmacias y tiendas sobre los fármacos con efectos adversos comprobados, en nuestro caso los AINES y analgésicos-antipiréticos tienen efectos adversos corroborados con estudios y se los ve a diario en hospitales y clínicas de la localidad.

Sigue siendo una interrogante en nuestro medio la frecuencia y cantidad de automedicación de AINES y analgésicos-antipiréticos y la relación de este autoconsumo con efectos adversos en la población consumidora.

Es por ello que creemos imperativo el conocimiento de la automedicación de estos fármacos, así como su relación con efectos adversos para poder brindar datos veraces y según estos proponer e implementar alguna solución. El conocimiento inicial de esta realidad permitirá iniciar programas de control del expendio de estos fármacos, para así intentar disminuir el autoconsumo y su consiguiente daño.

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Es de conocimiento general que la automedicación es un problema que arraiga consigo no solo complicaciones tales como el enmascaramiento de la enfermedad, aparición de efectos adversos, prolongación o agravamiento de la enfermedad, propensión o resistencia a los medicamentos empleados, facilitar el contagio y fomento de la drogodependencia, sino un problema económico creciente.

Algunos estudios realizados en países con condiciones económicas, culturales y sociales similares a las nuestras demuestran que existe una prevalencia de automedicación cercana al 70% en la población de ambos géneros y todas las edades. **(3)**



El trabajo propuesto procura proveer los siguientes conocimientos nuevos: establecer la frecuencia de automedicación de AINES, identificar que medicamentos son los más utilizados, y quienes los usan.

El trabajo será difundido a través de la publicación escrita del mismo, puesta a orden de la comunidad, además será cargada en internet para su mayor accesibilidad. Los resultados serán de utilidad para la población y para los docentes y estudiantes de carreras de salud.



## ***CAPÍTULO II***

### **2. MARCO TEORICO**

#### **2.1 Estudio de utilización de medicamentos**

El trabajo propuesto es un estudio de utilización de medicamentos (EUM), que tiene por objeto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1997), determinar la comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos en una sociedad, con un acento especial sobre las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes **(3)**. Abarcan la prescripción, dispensación e ingesta de medicamentos y son la principal herramienta para detectar la mala utilización, identificar los factores responsables, diseñar intervenciones efectivas de mejora, y evaluar los logros de esas intervenciones.

Clasificación de los EUM **(3)**:

- 1) Estudios de consumo
- 2) Estudios de indicación-prescripción
- 3) Estudios de prescripción-indicación
- 4) Estudios de los condicionantes de los hábitos de prescripción o de dispensación
- 5) Esquema terapéutico
- 6) Estudios de consecuencias prácticas de la utilización.

El interés se está desplazando desde la cantidad hacia la calidad.

Desde el punto de vista de la información obtenida pueden ser:

- **Cuantitativos**: cuando su objetivo es obtener información como cantidad de medicamento vendido, prescrito, dispensado o consumido.
- **Cualitativos**: cuando valoran la calidad terapéutica del medicamento.

En función del elemento principal que pretenden describir se pueden distinguir **(4)**:



- **Estudios de oferta:** describen los medicamentos disponibles en un país, zona geográfica, centro sanitario, etc.
- **Estudios de consumo:** describen qué medicamentos se utilizan y en qué cantidades.
- **Estudios de prescripción-indicación:** analizan las indicaciones para las que se utiliza un medicamento.
- **Estudios de indicación-prescripción:** analizan los medicamentos utilizados en una determinada indicación o enfermedad.
- **Estudios sobre la pauta terapéutica** (o esquema terapéutico): describen las características de la utilización práctica de los medicamentos (dosis, monitorización de los niveles plasmáticos, duración del tratamiento, cumplimiento, etc.).
- **Estudios de los factores que condicionan la utilización** (prescripción, dispensación, automedicación, etc.): describen características de los prescriptores, de los dispensadores, de los pacientes o de otros elementos relacionados con los medicamentos y su relación con los hábitos de utilización de los mismos.
- **Estudios de las consecuencias de la utilización de medicamentos:** describen efectos beneficiosos, efectos adversos o costes reales del tratamiento farmacológico.
- **Estudios de intervención:** describen las características de la utilización de medicamentos en relación con un programa de intervención concreto sobre el uso de los mismos. Generalmente las medidas de intervención pueden ser reguladoras (por ejemplo, listas restringidas de medicamentos) o educativas



(por ejemplo, protocolos terapéuticos, sesiones informativas, boletines terapéuticos, etc.) **(5)**

## **2.2. Automedicación**

Se entiende por automedicación al uso de medicamentos, sin receta médica y por iniciativa propia de las personas. Además del concepto de automedicación se debe tener en cuenta qué se entiende por autocuidado, el cual se define como el conjunto de actividades realizadas por el paciente, sin la asistencia de profesionales de la salud. El autocuidado incluye la prevención de los problemas de salud a partir del cumplimiento de una dieta adecuada, de la realización de ejercicio físico, del consumo moderado de alcohol, de evitar el tabaco y el abuso de drogas. Cuando estas medidas preventivas no son suficientes el paciente generalmente decide usar los medicamentos de venta libre. **(6)**

## **2.3. Uso racional de medicamentos**

Se entiende por uso racional de medicamentos el que un paciente reciba la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requerimientos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad” (OMS, 1985).

El uso no racional es el empleo de medicamentos, de un modo no acorde con la definición anterior. Se calcula que en el mundo más del 50% de todos los medicamentos se recetan, dispensan o venden de manera inadecuada; paradójicamente, un tercio de la población mundial no tiene acceso a medicamentos esenciales y la mitad de los pacientes los toman de manera incorrecta.

El uso irracional de medicamentos conlleva uso excesivo, subutilización y uso inapropiado, lo cual, se origina en: sistemas de regulación inadecuados, escasez de medicamentos esenciales, disponibilidad de fármacos no esenciales, problemas de información, tanto para prescriptores, como consumidores; y, la influencia considerable de la promoción de medicamentos. El empleo irracional de los medicamentos determina, por una parte, que la condición por la que se los administró no necesariamente mejore y, por otra, que se agoten los limitados recursos de que dispone un enfermo o la comunidad a la que pertenece.



Sin embargo, más allá de las repercusiones de orden financiero, el empleo racional de los medicamentos debe reflejar la calidad de atención de salud que se brinda al individuo y a la comunidad. **(7)**

#### **2.4. Medicamentos de venta libre (8)**

Los medicamentos se diferencian a partir de los riesgos que conlleva el uso de los mismos, en medicamentos de venta bajo receta y medicamentos de venta libre. Según la OMS (1986) los medicamentos de venta libre tienen características de menor riesgo y deben ser:

- Eficaces sobre los síntomas que motivan su empleo, que en general deben ser de naturaleza autolimitada.
- Fiables: deben dar una respuesta consistente y suficientemente rápida, para que el paciente note sus efectos beneficiosos.
- Seguros: deben emplearse en situaciones de buen pronóstico y cuya identificación no sea difícil para el profano.
- De fácil y cómodo empleo, para que el usuario no requiera precauciones complejas o poco habituales.
- De amplio margen terapéutico, para que los errores de dosificación no tengan repercusiones graves.
- Prospecto: deben incluir uno con especificaciones de consulta al médico.

#### **2.5. Estudios sobre automedicación (7)**

Las autoridades competentes de cada país deben garantizar la seguridad, calidad y eficacia de los medicamentos y son las encargadas de autorizar y monitorear la comercialización de medicamentos.





Los países con mayor índice de automedicación son:

- Ecuador: “Perfil de consumo de medicamentos en la ciudad de Quito, Ecuador”. Lalama M. Boletín Fármacos 2000, Sección Investigaciones en América latina: 72.5% automedicación.
- México: “La automedicación responsable en la República Mexicana. Resultados del estudio 1999”. European Comission, Infopharma. Project Programme. Promoting Telematics for Responsible Self-medication in Latin American Pharmacies.  
(URL: [www.imim.es/infopharma/workshopmexicomaterial/AutomedicacionResponsableAmericaLatina.html](http://www.imim.es/infopharma/workshopmexicomaterial/AutomedicacionResponsableAmericaLatina.html)). Utilización de medicamentos de libre acceso: 71%.
- Canadá: Self-medication Digest, 1999; (3). NDMAC (Nonprescription Drug Manufacturers Association of Canada). (URL: [www.ndmac.ca/publicat/F-smd.html](http://www.ndmac.ca/publicat/F-smd.html)). Informa 70% automedicación.
- España: “Automedicación en población universitaria”. Bastante T, De la Morena F. Página web de la Universidad Autónoma de Madrid. (URL: [www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-20.html](http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-20.html)). Estudio realizado en 1999. Automedicación en el mes previo a la entrevista: 63%.
- India: “Self-medication and non-doctor prescription practices in Pokhara valley, western Nepal: a questionnaire-based study”. Shankar PR, Pharta P, Shenoy N. BMC FamPract 2002. Estudio realizado en agosto de 2001: 59% automedicación.
- En el Estudio muestral del consumo de medicamentos y automedicación en Lima Metropolitana. Realizado en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima Perú. Se llegó a las siguientes conclusiones: **(8)**



Tanto la automedicación como el uso irracional de medicamentos no son sino un reflejo de la difícil situación que se vive en países como el Perú

Las características del consumo de medicamentos son bien definidas por estrato socioeconómico. Así, para el estrato bajo: mayor proporción de menores de edad, de mujeres de analfabetos y escolaridad incompleta, de amas de casa y trabajadores independientes de dolencias agudas (infecciosas-parasitarias y dérmicas) y en el estrato alto: mayor proporción de consumidores geriátricos, de escolaridad completa y superior, de trabajadores dependientes y profesionales, de dolencias subagudas y crónicas digestivas, trastornos mentales, cardiovasculares, y endocrinológicas.

Los grupos de medicamentos más solicitados fueron: antimicrobianos (ampicilina y cotrimoxazol fueron los más frecuentes), 34.7% AINE's 18.9%; antigripales, 6.5%; vitaminas, 5.3%. Los medicamentos de marca más vendidos fueron dolocordralán, ampicilina, bactrim, complejo B y contac C.

En el estrato socioeconómico bajo hubo un mayor consumo de antimicrobianos y antidiarreicos que en el estrato alto; y en éste se consumió más las vitaminas, psicotrópicos, agente cardiovasculares y antiulcerosos.

La automedicación ocurrió en el 66.7% del estrato bajo mientras que sólo el 40.6% del estrato alto ( $p < 0.001$ ) y se relacionó con: ser menor de edad, menor grado de escolaridad, ser estudiante o trabajador independiente, dolencias agudas (respiratorias y dérmicas).

Las prescripciones de antibióticos y quimioterápicos de los médicos y automedicados, incluyendo la del boticario o farmacéutico, estuvieron muy por debajo de un tratamiento mínimo recomendado: la prescripción oral para adultos fue de 57.8% para los médicos, 17.0% para los boticarios o farmacéuticos y 29.2% para el propio paciente.

## 2.6. Antiinflamatorios de uso más frecuente (9)

Nombre	Presentación	oral	Dosis
			total/día
ASA	100 y 500 mg		2-3 g
Ibuprofeno	200, 400, 600, 800 mg		2-4 g
Naproxeno	200, 250, 500, 750 mg		1 g
Ketoprofeno	100 y 200 mg		200 mg
Flurbiprofeno	50, 100, 300 mg		200-300 mg
Diclofenaco	50, 75, 100 mg		200 mg
Aclofenaco	100 mg		200 mg
Ketorolaco	30 mg		60 mg
Indometacina	25, 50, 75 mg		200 mg
Sulindaco	200 mg		400 mg
Piroxican	10, 20, 40 mg		40 mg
Tenoxican	20 mg		20 mg
Meloxican	7,5, 15 mg		15 mg
Nebumetona	500 mg		1 g
Tolmetina	400 mg		1 200 mg
Fenilbutazona	200 mg		400 mg
Droxican	20 mg		20 mg
Oxaceprol	200 mg		20 mg

## 2.7. EL DOLOR

### 2.7.1. Concepto

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o posible o descrita en función de dicha lesión. El dolor es siempre subjetivo. Cada



individuo aprende el significado de la palabra a través de experiencias vinculadas a la lesión en épocas iniciales de la vida. **(10)**

El dolor no es sólo una experiencia puramente sensorial, también es una emoción desagradable asociada al mismo. El dolor agudo es un sistema protector para el organismo. Sirve como una señal de alarma de lesión inminente o real. El dolor tiene una función importante para prevenir el daño orgánico y si se produce una lesión, para restaurar la función normal del organismo. El dolor puede aparecer también sin lesión tisular real y su intensidad puede no estar relacionada con la extensión de la lesión tisular observada.

### **2.7.2. Prevalencia del dolor**

El dolor es el síntoma más comúnmente percibido por los adultos. En 1998 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que la incidencia del dolor era de un 22% de la población **(12)** En Estados Unidos la prevalencia de dolor muscular crónico difuso en pacientes de Atención Primaria (AP) se ha estimado en el 5% de los adultos que acuden a la consulta **(13)**. En Finlandia el dolor músculoesquelético es la causa de una de cada cinco visitas a los centros de salud **(14)**. Un estudio danés en los años 80 encontró que el dolor era la causa del 22% de las visitas a centros de AP, constituyendo la primera causa de demanda de consulta **(15)**

En el Reino Unido, en un análisis de 1000 consultas consecutivas en un centro de AP, el 40,7% se debían a un problema doloroso **(16)**. En este país, la prevalencia del dolor crónico es altamente variable, entre el 2 y el 46,5%, asociándose a otras enfermedades y a limitaciones físicas. Su variabilidad puede ser debida a la dificultad para definir el dolor crónico, la elección de la población a estudiar y los métodos utilizados en el estudio.

En una encuesta telefónica realizada en España **(17)**, el 30,1% de los encuestados refería dolor el día anterior (mujeres 37,6%, hombres 21,1%) y el 43,2% refería dolor la semana anterior. Los mayores de 65 años referían dolor en un 42,6%. El 60,5% reflejaba haber sufrido dolor durante más de 3 meses (dolor crónico). Un 61,7% de los encuestados que padecían dolor decían estar tomando algún medicamento. Las



causas más frecuentes de dolor en la población mayor de 65 años eran el dolor músculo-esquelético, dolor osteoarticular y migraña.

En un estudio en Finlandia que incluyó a 5.646 pacientes atendidos en 25 centros de salud, el dolor se identificó como el primer motivo de consulta en el 40% de los casos. Las localizaciones más frecuentes fueron el dolor lumbar, el abdominal y la cefalea. El 20% de los pacientes experimentaban dolor durante más de seis meses. En conjunto se puede decir que el dolor músculoesquelético supone aproximadamente la mitad de los casos.

En muchos casos el dolor supone limitaciones en la actividad diaria, motiva la baja laboral o supone una disminución de la calidad de vida. Las mujeres consultan por cuadros dolorosos con una frecuencia mayor que los hombres y las edades a las que el dolor se presenta con mayor frecuencia son de 20 a 39 años en los hombres y de 40 a 59 en las mujeres.

La conclusión de este estudio es que el dolor, además de ser muy frecuente en las consultas de AP, constituye un auténtico problema de salud pública **(18)**.

## **2.8. Evaluación del paciente con dolor**

Para evaluar la intensidad del dolor se recurre al uso de escalas. Las más utilizadas son unidimensionales: la escala visual analógica (EVA), la escala verbal numérica (EVN), la escala verbal ordinal y la escala facial gráfica **(19)**.

Las escalas visuales analógicas (EVA) son frecuentemente usadas en la investigación clínica y epidemiológica para medir la intensidad y la frecuencia de los síntomas, especialmente el dolor. La EVA se considera como idónea para controlar la evolución del dolor agudo y crónico.

La intensidad del dolor además de poderse valorar mediante la impresión subjetiva del paciente, también puede analizarse según las modificaciones conductuales que produce el cuadro y que son apreciadas por su entorno más próximo o mediante respuestas fisiológicas al dolor. En determinadas circunstancias también se podría



utilizar para valorar el dolor, la demanda o el consumo de analgésicos, aunque este tipo de medida estará influida por la tolerancia del paciente al dolor y por los hábitos de prescripción del médico que lo trata.

## 2.9. Tratamiento farmacológico del dolor

En el tratamiento del dolor pueden emplearse tres grandes grupos de fármacos: Analgésicos antipiréticos/antiinflamatorios no esteroideos (AAP/AINE); analgésicos opioides y fármacos coadyuvantes.

### 2.10. Fármacos coadyuvantes. Principales tipos

#### **Antidepresivos**

Amitriptilina

Clomipramina

Maprotilina

Paroxetina

Lorazepam

#### **Anticonvulsiantes**

Carbamazepina

Valproato sódico

Clonazepam

Gabapentina

#### **Corticosteroides**

Dexametasona

Prednisona

Metilprednisolona

#### **Simpaticolíticos**

Prazosín

Fenoxibenzamina

#### **Anestésicos locales**

Lidocaína

Mepivacaína

#### **Tópicos**

Capsaicina

Anestésicos locales

#### **Neurolépticos**

Pimozida

Levopromazina

#### **Agentes varios**

Clonidina

Baclofén

Cannabinoides

#### **Ansiolíticos**

Diazepam



Los AAP/AINE y los opioides tienen efecto analgésico propiamente. La medicación coadyuvante no tiene un efecto directo sobre el dolor, pero utilizada junto a los analgésicos puede mejorar la sintomatología del paciente, y en algunos casos, como el dolor neuropático, puede ser especialmente útil.

### **2.11 Los analgésicos simples o analgésicos antipiréticos (AAP) y los antiinflamatorios no esteroideo (AINE) (3)**

Los AAP y los AINE son medicamentos muy utilizados para el tratamiento de diferentes cuadros patológicos, en los cuales el síntoma dominante es el dolor.

Estos grupos farmacológicos no están exentos de riesgo, en especial los AINE. La frecuencia de reacciones adversas es alta, éstas pueden afectar hasta un 25% de los usuarios.

Dentro de este grupo de fármacos existen numerosos principios activos, que por sus propiedades son útiles en múltiples indicaciones terapéuticas y su uso es muy frecuente. Durante años han sido los analgésicos de mayor demanda y se utilizan mucho en automedicación.

**2.11.1. Grupos farmacológicos de los principales AAP/AINE**

<b>GRUPOS FARMACOLÓGICOS</b>	<b>FÁRMACOS</b>
<b>Salicilatos</b>	Ácido acetilsalicílico Acetilsalicilato de lisina Diflunisal Fosfosal
<b>Paraminofenoles</b>	Paracetamol
<b>Pirazolonas y afines</b>	Metamizol Propifenazona Fenilbutazona Feprazona
<b>Derivados indolacéticos</b>	Indometacina Proglumetacina Sulindaco
<b>Derivados arilacéticos</b>	Aceclofenaco Diclofenaco Nabumetona Ketorolaco
<b>Derivados arilpropiónicos</b>	Butibufeno Dexibuprofeno Dexketoprofeno Flurbiprofeno Ibuprofeno Ketoprofeno Naproxeno
<b>Fenamatos</b>	Ácido meclofenámico Ácido mefenámico Ácido niflúmico Morniflumato
<b>Oxicams</b>	Lornoxicam Meloxicam Piroxicam Tenoxicam
<b>Coxib</b>	Celecoxib Parecoxib Valdecoxib
<b>Otros</b>	Isonixina Tetridamina

Existen dos isoformas de la ciclooxigenasa, la COX-1 y la COX-2, que catalizan la formación de PG con distintas funciones en el organismo. La COX-1 se considera constitutiva y se encuentra en la mucosa gastrointestinal, el sistema renal y en las plaquetas. La COX-2 es preferentemente inducible y se activa en respuesta a ciertos estímulos inflamatorios mediados por interleucina-1, lipopolisacáridos y varios mitógenos. **(21)**





Los AINE clásicos ejercen su acción inhibiendo ambas isoformas, de modo que el efecto beneficioso viene penalizado por la inhibición de la isoforma COX-1, lo que puede dar lugar a reacciones adversas. Los AINE selectivos (coxib) inhiben específicamente la vía de la COX-2, consiguiendo un perfil de seguridad gastrointestinal superior al de los AINE clásicos. La aparición de efectos secundarios cardiovasculares ha obligado a la retirada del mercado del rofecoxib y a la toma de precauciones con el resto del grupo. Algunos fármacos como el meloxicam, aunque inhiben las dos isoformas presentan una mayor selectividad por la COX-2, por lo que podrían tener menor toxicidad gastrointestinal.

Mención aparte merece el paracetamol, cuyo mecanismo de acción parece diferente al del resto de fármacos del grupo, por lo que carece de efecto antiinflamatorio y gastrolesivo. Se ha postulado que puede inhibir un tercer tipo de ciclooxigenasa, la COX-3, variante de la COX-2. Recientemente se ha propuesto que el mecanismo de la acción analgésica del paracetamol en humanos, puede estar relacionado con el sistema serotoninérgico central, aunque no está claro el tipo de receptor implicado, ni si el efecto es directo o a través de la modificación de la síntesis de serotonina. Este hecho no excluye la participación de la inhibición de la COX, ya que también se ha relacionado a los inhibidores de este sistema con los antagonistas de los receptores de la serotonina.

La eficacia analgésica de los AAP/AINE es moderada, lo que significa que son fármacos capaces de aliviar un número elevado de molestias de carácter muy diverso: cefaleas, artralgias, mialgias, tendinitis, dismenorreas, dolores dentarios, dolores postoperatorios y postraumáticos, ciertos cólicos, dolores oncológicos en fases iniciales. La respuesta del fármaco está en función de la dosis y pronto se alcanza el techo antiálgico, a diferencia de los analgésicos opioides.

La acción antipirética se manifiesta cuando existe hipertermia provocada por pirógenos endógenos (interleucinas, interferones) o agentes tóxicos sobre neuronas termoreguladoras del hipotálamo. El efecto se explica por la disminución de las



concentraciones de PG en el SNC por acción sobre la COX-2, excepto el paracetamol, que como ya se ha comentado actuaría sobre la COX-3 **(21)**.

Igual que en la analgesia, existe relación dosis-efecto y techo terapéutico. La eficacia y actividad antipirética son variables de un producto a otro, de forma que un AAP/AINE puede conseguir un efecto antipirético que no se logra con otro. Todos los AINE poseen acción antiinflamatoria vinculada a su mecanismo de acción. En general son más eficaces en inflamaciones agudas que en las crónicas. La acción es local por presencia en el foco inflamatorio.

Todos pueden penetrar en el líquido sinovial aunque la cinética varía de unos fármacos a otros. No todos los AINE inhiben la agregación plaquetaria a pesar de que inhiban la COX-1. El ácido acetilsalicílico (AAS) inhibe de forma irreversible la COX-1 de las plaquetas, y por tanto la síntesis de TX, que es el agente antiagregante por excelencia.

## **2.12. Reacciones adversas.**

Los AINE como grupo, presentan reacciones adversas comunes y vinculadas a su mecanismo de acción. Las más frecuentes son: las gastrointestinales, las renales, las hematológicas y las de hipersensibilidad.

Las reacciones gastrointestinales son las mejor conocidas. Los AINE dañan la mucosa gástrica por mecanismo local agudo, dependiente de pH, y por un efecto sistémico, menos específico, que ocurre sin contacto del AINE con la mucosa. Estas reacciones gastrointestinales pueden afectar hasta un 25% de los pacientes tratados.

Generalmente se trata de síntomas como: pirosis, dispepsia, dolor gástrico, diarrea o estreñimiento. La lesión de la mucosa gástrica o duodenal con erosiones y úlceras objetivables por endoscopia se da en el 40% de los pacientes que consumen AINE durante 3 meses, aunque la mayor parte son asintomáticas. En tratamientos crónicos



la frecuencia de úlcera gástrica o duodenal es del 15% y del 25% respectivamente, pudiendo originar perforaciones o hemorragias e incrementar el número de ingresos hospitalarios y de muertes por un factor de 5.

Un estudio reciente realizado en hospitales españoles atribuye a los AINE junto con la aspirina 15,3 muertes por cada 100.000 usuarios, lo que supone el 5% de todos los pacientes hospitalizados por complicaciones digestivas debidas a este grupo farmacológico **(20)**.

Existen factores de riesgo que predisponen a sufrir complicaciones: mayores de 60 años, antecedente de úlcera o hemorragia digestiva alta previa, dosis elevadas de AINE, tratamientos de larga duración, combinaciones de AINE, combinación con glucocorticoides, combinación con anticoagulantes y enfermedad cardiovascular concomitante **(22)**.

Se discute si la presencia de H. Pylori, el tabaquismo y el consumo crónico de alcohol pueden ser factores de riesgo para la toxicidad gastrointestinal de los AINE. El paracetamol y el metamizol carecen de acción gastrolesiva. Es difícil establecer una escala de gastrolesividad para los AINE, pero diferentes estudios han mostrado que ibuprofeno puede tener la mejor relación beneficio/riesgo, mientras que la peor sería para indometacina y piroxicam. En un estudio de Vlahovic-Palcevski han establecido una clasificación considerando como de bajo riesgo gastrointestinal el ibuprofeno y el Diclofenaco y de alto riesgo ketoprofeno y piroxicam. El riesgo de sufrir reacciones adversas gastrointestinales podría minimizarse mediante una selección adecuada del fármaco y del paciente **(23)**.

Es posible hacer profilaxis farmacológica en pacientes de alto riesgo, mediante el uso de análogos de las prostaglandinas, como el misoprostol, de antagonistas del receptor H2 de la histamina, como ranitidina o de inhibidores de la bomba de protones (IBP), como omeprazol. El misoprostol ha demostrado su eficacia en la prevención de la gastropatía por AINE pero tiene el inconveniente de que produce



reacciones adversas con frecuencia. Los antagonistas del receptor H<sub>2</sub> son útiles en la prevención de la úlcera duodenal, pero menos en la gástrica, que es la más frecuente en usuarios de AINE **(23)**

Los IBP han demostrado en numerosos ensayos clínicos que son eficaces como profilaxis de la gastropatía y tanto en las úlceras duodenales como en las gástricas, por lo que son los fármacos de elección para esta indicación(40). El uso de los IBP como gastroprotectores debería limitarse a los pacientes con riesgo más elevado, como aquellos con antecedentes de úlcera péptica o que tienen al menos dos factores de riesgo. Se recomienda también su uso en pacientes que además del AINE reciben aspirina como antiagregante. **(24, 25).**

Los AINE no afectan a la función renal normal, probablemente debido a la poca importancia de la síntesis de PG en esta circunstancia. Pero cuando la función renal está comprometida, el riñón aumenta la síntesis de PG para asegurar la velocidad de filtración y flujo sanguíneo adecuados. Tal es el caso de la hipotensión, la insuficiencia cardíaca congestiva, la depleción sódica o la cirrosis hepática con ascitis.

En estas condiciones, la inhibición de la síntesis de PG producida por los AINE puede producir disminución de la función renal. Presentarán con más frecuencia toxicidad renal los pacientes con glomerulonefritis crónica o en tratamiento con diuréticos. En estas situaciones los AINE pueden ocasionar: síndrome nefrótico, nefritis intersticial aguda, necrosis tubular aguda, vasculitis o estados de hipoperfusión renal. El riesgo varía según los fármacos. Es más alto con fenoprofeno, indometacina o fenilbutazona. Más bajo con sulindaco, diclofenaco, piroxicam, meloxicam y AAS a dosis moderadas, e inexistente para paracetamol. Los coxib se sitúan en nivel intermedio. La retención de agua y sodio es el efecto renal más común de los AINE (3-5% de prevalencia).



Normalmente es de escasa significación clínica y se manifiesta en forma de edemas, o porque agrava o pone de manifiesto una insuficiencia cardíaca o hipertensión arterial (HTA). En pacientes con insuficiencia renal moderada puede desencadenar una insuficiencia renal aguda. Además reducen la eficacia de la furosemida y de otros diuréticos.

Otro efecto potencialmente serio es la hiperpotasemia por bloqueo de renina y aldosterona. Pueden producir una nefropatía intersticial que desemboca en necrosis papilar e insuficiencia renal crónica. La clínica es de comienzo insidioso, con síntomas de insuficiencia renal progresiva: HTA, poliuria con nicturia, aumento de creatinina, anemia o hematuria. En estadios avanzados puede desprenderse la papila renal y aparecer signos de piel o hidronefrosis por obstrucción de las vías urinarias. La enfermedad sólo mejora tras retirar el AINE, en caso contrario evoluciona a insuficiencia renal terminal o hacia la formación de un carcinoma uroepitelial.

El perfil del paciente de riesgo es similar al descrito para toxicidad gastrointestinal, pero además influye el uso crónico de asociaciones de AINE que tienen mayor riesgo que el de sus componentes por separado. El riesgo se asocia también con la dosis acumulada y los años de abuso, con la insuficiencia cardíaca congestiva, HTA o insuficiencia renal. La cafeína puede potenciar el efecto.

Los AINE pueden producir reacciones de carácter alérgico (de mecanismo inmunológico con presencia de anticuerpos o linfocitos sensibilizados) o pseudoalérgico (indistinguibles clínicamente de las anteriores y relacionadas con la inhibición de la síntesis de PG por sensibilidad individual especial).

En las reacciones de carácter alérgico predominan el angioedema y el shock anafiláctico. Son raras y producidas por AINE de grupos químicos específicos y no cruzados con otros AINE. En las de carácter pseudoalérgico predominan la rinorrea,



vasodilatación facial y asma bronquial. Pueden ser producidas por cualquier AINE y son cruzadas entre ellos.

En pacientes en tratamiento con AINE son frecuentes las reacciones dérmicas leves (prurito, erupciones cutáneas inespecíficas). Menos frecuentes y más graves son el eritema multiforme, el síndrome de Stevens-Johnson, la púrpura, la fotodermatitis, y la necrosis epidérmica tóxica o síndrome de Lyell(26). Las reacciones hematológicas son poco frecuentes, pero el amplio uso de estos fármacos y la gravedad de algunas de ellas (p. ej: agranulocitosis, anemia aplásica) obliga a tenerlas en cuenta.

La mayoría de las reacciones hematológicas se deben a mecanismos inmunitarios. A ellas pertenecen la agranulocitosis, la anemia aplásica, la trombocitopenia y la anemia hemolítica. Existe un riesgo relativamente alto de interacciones farmacológicas con los AINE, en parte debido a su elevada unión a proteínas plasmáticas, tal como ocurre con los anticoagulantes y los antidiabéticos orales. Los corticoides aumentan el riesgo de efectos secundarios digestivos, que en algunos casos pueden ser potencialmente mortales.

Debido a su efecto antiagregante, aumenta el riesgo de hemorragias en asociación a anticoagulantes orales o de otros inhibidores de la agregación plaquetaria como el dipyridamol. Por su efecto inhibidor de la síntesis de PG y por ser sustancias que retienen sodio y agua, pueden reducir el efecto de todos los antihipertensivos, excepto los calcioantagonistas. No existen resultados concluyentes respecto de la interacción con los antagonistas del receptor de la angiotensina.

Los coxib son el grupo de AINE más reciente. Se comportan como inhibidores selectivos de la COX-2. Son: celecoxib, parecoxib y valdecoxib. De efectos analgésicos, antitérmicos y antiinflamatorios comparables en eficacia con los AINE convencionales. Son menos agresivos para la mucosa gastrointestinal, pero ni por eficacia ni por precio está justificado su uso preferente en situaciones banales, en pacientes jóvenes o en los que no tengan riesgo de complicaciones



gastrointestinales. No poseen efecto antiagregante plaquetario, pero desplazan el equilibrio hemostático hacia la trombogénesis.

Modifican también la función renal y pueden, por tanto, provocar retención de agua, hiperpotasemia y tendencia a aumentar la tensión arterial, igual que otros AINE. El riesgo de efectos adversos cardiovasculares no está establecido de forma definitiva para todo el grupo, pero ha obligado a la retirada del rofecoxib del mercado **(27, 28)**.

El paracetamol y el metamizol se distinguen de los AINE porque sus efectos se producen fundamentalmente a nivel del SNC. Carecen de actividad antiinflamatoria y ofrecen la ventaja de su buena tolerabilidad gastrointestinal. El paracetamol, no produce reacciones adversas hematológicas ni de hipersensibilidad. Provoca grave toxicidad hepática a dosis altas (mayores de 4-6 gr. diarios), tratable con n-acetilcisteína. El metamizol o dipirona tiene un efecto espasmolítico de fibra muscular lisa. Tiene riesgo de producir hipotensión, agranulocitosis y anemia aplásica, que aunque bajo, es superior al de otros AAP/AINE. Por vía parenteral puede disminuir la función renal en pacientes que la tienen comprometida.

## 2.13. ESTUDIOS REALIZADOS

- En un estudioreciente (Brooks P., Day R., Nonsteroidal antiinflammatory drugs, differences and similarities. N Engl J Med, vol: 324, Nro. 24, 1717-1726, 1991) fue observado que ocho AINEs son utilizados en el 70% de las prescripciones y 14 son usados en el 90% de los pacientes. Se piensa que solo 10 o 15 AINEs son necesarios para proveer una elección razonable **(29)**.
- Rodríguez Bernardino, Ángel (2004) ***Asociación entre el consumo de antiinflamatorios no esteroideos y la aparición o descompensación de insuficiencia cardíaca congestiva: estudio de casos y controles.*** Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, Departamento de Farmacología **(30)**



La insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) es una patología con una alta prevalencia. Se ha establecido una posible relación entre la acción de los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) sobre la síntesis de prostaglandinas y la aparición de ICC en individuos susceptibles. El objetivo fue evaluar la asociación entre el ingreso hospitalario por ICC y el consumo previo de AINEs, estimado la contribución individual de los distintos AINEs. Se realizó un estudio multicéntrico de casos y controles para determinar la relación entre el uso reciente de AINEs y el ingreso hospitalario por ICC. Los casos (n=982) fueron pacientes admitidos por ICC a través de Urgencias de los centros del estudio. Los controles (n=788) fueron pacientes con antecedentes de ICC que ingresaron en los mismos hospitales, también desde Urgencias, por otro motivo. El número de expuestos a AINEs distintos a ácido acetilsalicílico (AAS) a bajas dosis (casos/controles) durante las tres semanas previas al ingreso hospitalario fue de 254 (165/89). Se observó un efecto significativo para los siguientes grupos de AINEs (Odds Ratio cruda; Intervalo de Confianza 95%): Global (1.59; 1.20-2.09); AAS (2.08; 1.18-3.67); aceclofenaco (8.10; 1.03-63.39); AINEs distintos de AAS (1.41; 1.04-1.92); AINEs distintos de metamizol (1.91; 1.37-2.67); AINEs distintos de AAS o metamizol (1.73; 1.16-2.57). No se encontraron diferencias significativas para metamizol (1.01; 0.64-1.59), diclofenaco, ibuprofeno, indometacina, piroxicam, ketorolaco, clonixinato de lisina, rofecoxib o celecoxib. Se analizó la influencia de la dosis de AINE en el riesgo de descompensación de ICC. El riesgo aumentó en los pacientes que consumieron un número de dosis diarias definidas superiores a la mediana de consumo. Se analizó también la relación entre el momento de la última dosis de AINE recibida antes del ingreso y el riesgo de desarrollar ICC. Los pacientes que recibieron esa dosis entre 3 y 7 días antes del ingreso fueron los que presentaron una mayor asociación. Globalmente, la utilización de AINEs supone un aumento del riesgo de ingreso por ICC en individuos susceptibles, por lo que es recomendable emplearlos con precaución en estos pacientes. El riesgo parece estar relacionado con la dosis y el momento de administración del AINE.





- En la Unidad de Gastroenterología del Hospital Durand **(31)**, poseen guardia permanente de gastroenterólogos en forma activa. A la fecha se cuantifica mas de 7.000 hemorragias atendidas. Hasta el año 1999, entre las 6.700 hemorragias que contabilizán, dos tercios habían sido hombres y un tercio mujeres, y la edad de frecuencia de esta patología, está presente como pico dentro del grupo etario de 60 a 69 años, siendo el grupo siguiente por frecuencia los pacientes mayores de 70 años. Lo que significa es que las hemorragias digestivas altas se dan mas entre quienes consumen mas AINEs, y por eso no son una enfermedad de gente joven, sino de gente de edad avanzada.

En esta estadística, el 64% de los pacientes que sufrieron una hemorragia digestiva había consumido AINEs en forma significativamente dentro de las 48 horas previas a la misma, siendo el más común, en casi el 40% de los casos, el ácido acetilsalicílico. Se observo como causa más común de hemorragia alta, la gastroenteritis erosiva aguda, siguiéndole las úlceras pépticas.

La mortalidad global fue de alrededor del 7%. Es interesante destacar que de estos pacientes que han fallecido, casi el 40% estaban dentro de los que habían consumido AINEs.

Con respecto al riesgo relativo de efectos secundarios que tienen, se establece que el que consume AINEs, tiene 5 veces más posibilidades de tener úlcera gástrica, casi 5 veces más de tener complicaciones fatales, y casi 11 veces más de sufrir una hemorragia digestiva si lo combinamos con un corticoide.

Se vio que los pacientes que consumen AINEs en forma continua, antes de los 30 días tienen un riesgo relativo de 7.2 de poder sufrir una enfermedad ulcerosa. Entre los 30 y 90 días, parece que se defendiera el aparato digestivo



y baja a un riesgo relativo de 3.7, pero luego de los 90 días es como si abandonara este tipo de defensa y vuelve a subir el riesgo a 3.9. Se demostró que el 80% de los consumidores de AINES, lo hace por menos de 30 días, por lo cual están dentro del período de más alto riesgo de sufrir una enfermedad ulcerosa.

Se observó también que las úlceras gástricas hemorrágicas se dan de 10 a 20 veces más, y las úlceras duodenales hemorrágicas 5 a 15 veces más, en quienes consumen AINEs, ambas relacionadas a la dosis administrada **(31)**.



### ***CAPITULO III***

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1. Objetivo General**

Determinar la frecuencia del autoconsumo de AINES y analgésicos-antipiréticos y las características que los rodean en los hogares de la parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca en el año 2011.

### **3.2. Objetivos Secundarios**

1. Determinar la prevalencia de fármacos automedicados.
2. Determinar y cuantificar la frecuencia del uso de los analgésicos y antipiréticos según nombre comercial, genérico y presentación farmacéutica.
3. Determinar la frecuencia de efectos que pudieran estar correlacionados con la ingesta de fármacos.
4. Determinar la relación de la automedicación con edad, género, instrucción, ocupación, estado civil y nivel económico.
5. Determinar las causas de la automedicación



## ***CAPITULO IV***

### **4 Diseño Metodológico**

#### **4.1 Tipo de estudio**

El tipo de estudio que se realizara es observacional cuantitativo.

#### **4.2 Área de estudio**

Nuestra área de estudio será la parroquia de San Blas; limitada por la calle larga, Tomás Ordoñez, Vega Muñoz, Sebastián de Benalcazar, Nuñez de Bonilla, HuaynaCapac y Guapondélig, en la ciudad de Cuenca. Ecuador.

#### **4.3 Universo y Muestra**

Tomaremos como universo a los hogares de la parroquia de San Blas de la ciudad de Cuenca en el año 2010. La población total de esta parroquia es de 11222 habitantes y el número de hogares es de 2806. La unidad de medida son los hogares y sus hábitos de automedicación analgésica.

Elegimos esta parroquia por estar ubicada en el centro de la ciudad, por tener un adecuado número de habitantes, por que tiene personas de todos los estratos sociales y su economía es diversa.

La muestra es una parte representativa del universo, escogida de manera probabilística. Con un intervalo de confianza del 95% la muestra de hogares a entrevistar es de 286 hogares, siendo el tamaño del universo 2806 hogares, la frecuencia esperada del 71% y el peor resultado esperable 66%, estos datos fueron obtenidos en EPI INFO (StatCalc), programa estadístico de uso general.

#### **4.4 Criterios de Inclusión:**

- Hogares dentro de la parroquia de San Blas.



- Hogares cuyo jefe de familia firme el consentimiento informado para la encuesta.
- Jefe de hogar mayor de edad.

#### **4.5 Criterios de Exclusión:**

- Jefes de hogar con profesión o formación en áreas de la salud.
- Hogares cuyo sustento económico es una farmacia.

#### **4.6 Procedimientos, Técnicas e Instrumentos**

##### **4.6.1 Instrumentos de la recolección de datos (Anexo 2)**

##### **Enumeración de variables**

##### **1. Características de las pacientes**

##### **1.1- Socio – Demográficos.**

- 1.1a) Edad.
- 1.1b) Sexo.
- 1.1c) Número de miembros en la familia,
- 1.1d) Instrucción
- 1.1e) Ocupación
- 1.1f) Estado civil
- 1.1g) Estado civil
- 1.1h) Ingresos mensuales

##### **2. Automedicación**

##### **3. Frecuencia de automedicación**

##### **4. Fármaco consumido: cataflam, voltaren, feldene, novalgina, neurobion, finalin, tempra, comtrex, otros.**



5. Forma farmacéutica: tabletas, cápsulas, grageas, suspensión, gel, inyección, parche transdérmico, supositorio, jarabe, gotas, crema, otros.

6. Efectos adversos: hemorragia digestiva alta, úlcera gástrica, enfermedad del riñón, insuficiencia cardíaca, alergias, anemia aplásica, trombocitopenia, náusea, epigastralgia, diarrea, melenas, anorexia, cefalea, otros, ninguno.

7. Motivo para el autoconsumo: artrosis, lumbalgia, hombro doloroso, traumatismo sin fractura, cefalea, hernia discal, dismenorrea, dolor muscular, odontalgia, dolor postquirúrgico, infección respiratoria, cervicalgia, malestar general, fractura, varices, ninguna.

#### **4.7 Operacionalización de variables (Anexo 3)**

#### **4.8 Recolección de la Información**

La recolección de la información se realizó a través de un formulario en entrevistas directas a los hogares de la parroquia de San Blas previamente establecidos al azar a través del programa en red *randomization*, en un mapa de la parroquia enumerados cada uno. Los hogares entrevistados en el plan piloto pertenecen a la zona urbana de la parroquia de Virgen del Milagro cuya realidad es similar a la parroquia de San Blas.

#### **4.9 Procedimientos para garantizar aspectos éticos**

Toda la información recolectada se utilizará estrictamente para el análisis de las características del autoconsumo de AINES y analgésicos-antipiréticos en los hogares de San Blas, y no será utilizada para otro fin, tampoco será revelada a personas ajenas a esta investigación.



En ningún momento se preguntará o registrará los datos de filiación de los/las encuestados/as, de esta manera mantendremos la confidencialidad y se respetarán los derechos de los encuestados.

La ventaja que obtendrán los encuestados al culminar esta investigación, consiste en que los resultados serán entregados a las autoridades de la facultad para que puedan proponer programas de intervención.

La realización de la presente investigación no representa ningún daño para la población seleccionada.

La recolección de información mediante la aplicación de los formularios a la población seleccionada no tiene ningún costo

Los autores del presente trabajo nos comprometemos a: 1. Cumplir con las pautas especificadas para asegurar el control y calidad de los datos. 2. No manipular, para propósito alguno, ningún dato que surgiere de la presente investigación en cualquier momento de la misma.

#### **4.10 Análisis de la información**

**4.10.1. Programas a utilizar:** Microsoft Excel, Word, EpiInfo, SPSS 15.00 versión Evaluación.

**4.10.2. Tablas:** Se utilizaron tablas simples y de doble entrada para conseguir los resultados que se plantearon en los objetivos.

**4.10.3. Medidas estadísticas:** Las principales medidas estadísticas que se utilizaron fueron medidas de frecuencia relativa como la proporción, porcentaje para las variables cuantitativas y cualitativas discontinuas, también chi cuadrado para medir asociación.



#### **4.10.4. Procedimiento**

Mediante la guía de recolección de datos elaborada se acopió la información en los hogares de la parroquia de San Blas.

#### **4.10.5. Plan de análisis y tabulación**

Con la ayuda del software estadístico se transcribieron los datos obtenidos con los formularios y se realizará el análisis estadístico.





## CAPÍTULO VI

### 5. Resultados

#### 5.1. Cumplimiento del estudio

El estudio fue realizado mediante la recolección de datos en los hogares de la parroquia de San Blas de la ciudad de Cuenca, en el año 2011 periodo enero-junio, se contó con 286 hogares.

#### 5.2. Características socio-demográficas

TABLA 1

Distribución de los jefes de hogar de San Blas según grupo etáreo, Cuenca, Enero-Junio, 2011

	Frecuencia	Porcentaje
HASTA 20 AÑOS	41	14,3
21 A 30 AÑOS	124	43,4
31 A 40 AÑOS	37	12,9
41 A 50 AÑOS	50	17,5
51 A 60 AÑOS	16	5,6
61 A 70 AÑOS	14	4,9
71 A 80 AÑOS	4	1,4
Total	286	100,0

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.

**Interpretación:** La mayor cantidad de población está entre 21-30 años representando el 43,4%, le sigue aquellos entre 41-50 años con un 17,5%. La población menos representativa son aquellos entre 71-80 años con un 1,4%.



**TABLA 2**

**Distribución de los jefes de hogar de la parroquia de San Blas según género, Cuenca, Enero-Junio, 2011**

	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	197	68,9
MASCULINO	89	31,1
Total	286	100,0

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.

**Interpretación:** De los encuestados el 68,9% pertenecen al género femenino representando la mayoría.

**TABLA 3**

**Distribución de los jefes de hogar de la parroquia de San Blas según Número de miembros en la familia, Cuenca, Enero-Junio, 2011**

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Válidos</b>	1	12	4,2
	2	13	4,5
	3	30	10,5
	4	69	24,1
	5	66	23,1
	6	44	15,4
	7	22	7,7
	8	16	5,6
	9	4	1,4
	10	3	1,0
	11	3	1,0
	12	1	,3
	15	1	,3
	Total	284	99,3
<b>Perdidos</b>	Sistema	2	,7
<b>Total</b>		286	100,0

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.



**Interpretación:** De los 286 hogares encuestados el 24,1% pertenecen a familias con 4 miembros. El menor porcentaje es el de familias con más de 12 y 15 miembros representando el 0,3%, cada uno.

**TABLA 4**

**Distribución de los jefes de hogar de la parroquia de San Blas según nivel de instrucción,  
Cuenca, Enero-Junio, 2011**

	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA	8	2,8
PRIMARIA	107	37,4
SECUNDARIA	91	31,8
SUPERIOR	80	28,0
Total	286	100,0

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.

**Interpretación:** El 37,4% de la población encuestada alcanza un nivel de instrucción primaria, seguida de la secundaria con un 31,8%, tan solo el 2,8% no poseen ningún nivel de instrucción.

**TABLA 5**

**Distribución de los jefes de hogar de la parroquia San Blas según la ocupación que ejercen,  
Cuenca, Enero-Junio, 2011**

	Frecuencia	Porcentaje
OBRERO	14	4,9
EMPLEADO	63	22,0
PROFESIONAL	9	3,1
COMERCIANTE	22	7,7
QUEHACERES DOMESTICOS	91	31,8
ESTUDIANTES	70	24,5
OTROS	16	5,6
Total	285	99,7
<b>Perdidos</b> Sistema	1	,3
<b>Total</b>	286	100,0

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.



**Interpretación:** Del total de personas encuestadas 91 de ellas que corresponden al 31,8% realizan quehaceres domésticos. Seguidas del 24,5% que son estudiantes. Es alarmante que tan sólo el 3,1 es decir 9 de 286 encuestados sean profesionales.

**TABLA 6**

**Distribución de los jefes de hogar de la parroquia de San Blas según el estado civil, Cuenca, Enero-Junio, 2011**

	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO/A	105	36,7
CASADO/A	125	43,7
VIUDO/A	9	3,1
DIVORCIADO/A	13	4,5
UNION LIBRE	33	11,5
Total	285	99,7
<b>Perdidos</b> Sistema	1	,3
<b>Total</b>	286	100,0

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.

**Interpretación:** La mayoría de las personas encuestadas son casadas con un 43,7%, el grupo minoritario es de aquellos viudos con un 3,1%. Apenas el 11,5% viven en unión libre.

**TABLA 7**

**Distribución de los jefes de hogar de la parroquia de San Bas según los ingresos mensuales, Cuenca, Enero-Junio, 2011**

	Frecuencia	Porcentaje
MENOR \$150	21	7,3
\$151-\$250	64	22,4
251- 350	74	25,9
351-450	50	17,5
451-600	34	11,9
MAYOR A 600	40	14,0
Total	283	99,0
<b>Perdidos</b> Sistema	3	1,0
<b>Total</b>	286	100,0

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.



**Interpretación:** de los 286 hogares encuestados el 25,9% tienen un ingreso mensual que oscila entre \$251 y \$350 seguido de 64 hogares 22,4% que oscilan entre \$151 a \$250. Tan solo el 7,3% tiene un ingreso mensual de < \$150.

### 5.3. Variables de estudio

**TABLA 8**

**Automedicación de AINES en hogares de la parroquia de San Blas, Cuenca Enero-Junio 2011.**

		Frecuencia	Porcentaje
	SI	199	69,6
	NO	86	30,1
	Total	285	99,7
<b>Perdidos</b>	Sistema	1	,3
<b>Total</b>		286	100,0

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.

**Interpretación:** De las personas encuestadas el 69.6% contesto que si ha ingerido medicación sin receta médica y el 30.1% no se automedica.

**TABLA 9**

**Frecuencia de la automedicación de AINES en hogares de la parroquia de San Blas, Cuenca Enero-Junio 2011.**

		Frecuencia	Porcentaje
	0-1Veces por Semana	28	9,8
	2-4Veces por Semana	16	5,6
	1 Veces por Mes	128	44,8
	>2Veces por Mes	30	10,5
	Total	202	70,6
<b>Perdidos</b>	Sistema	84	29,4
<b>Total</b>		286	100,0

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.

**Interpretación:** El 44,8% de los encuestados toman medicación sin receta médica una vez por mes mientras el 5,6% toma AINES sin receta 2-4 veces por semana.



TABLA 10

**Frecuencia de AINES consumidos sin receta médica según nombres comerciales en hogares de la parroquia de San Blas, Cuenca Enero-Junio 2011.**

FARMACO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Apronax	114	39,9
Aspirina	113	39,5
Diclofenaco	62	21,7
Tonopan	62	21,7
Buprex	54	18,9
Cataflan	27	9,4
Voltaren	56	19,6
Feldene	19	6,6
Novalgina	54	18,9
Neurobion	116	40,6
Finalin	116	40,6
Tempra	129	45,1
Comtrex	88	30,8
Otros	18	6,3
En base a 203 hogares encuestados		

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.

**Interpretación:** De las 286 personas encuestadas 83 no se automedican AINES y 203 si toman medicación tipo AINES sin prescripción médica de los cuales los medicamentos más utilizados son según frecuencia Tempra 129 (45,1%), Neurobion116 (40,6%), Finalin116 (40,6), Apronax 114 (39,9%), Aspirina113 (39,5%) y el menos consumido es el Feldene con 19 encuestados (6,6%).



TABLA 11

**Frecuencia de AINES consumidos sin receta médica según Forma Farmacéutica en hogares de la parroquia de San Blas, Cuenca Enero-Junio 2011.**

Presentación	Frecuencia	Porcentaje
Tabletas	191	66,8
Capsulas	62	21,7
Grageas	4	1,4
Suspensión	13	4,5
Gel	22	7,7
Inyectable	71	24,8
Parche	8	2,8
Gotas	7	2,4
Crema	13	4,5
Otros	2	0,7
En base a 203 hogares encuestados		

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.

**Interpretación:** Según la forma farmacéutica, la más utilizada son las tabletas con un frecuencia de 191 de los 203 encuestados que se automedican con AINES, las menos consumidas son las grageas con una frecuencia de 4 de 200.

TABLA 12

**Frecuencia de efectos adversos percibidos por el jefe de hogar de la parroquia de San Blas por la automedicación de AINES, Cuenca, Enero-Junio, 2011**

Efectos Adversos	Frecuencia	Porcentaje
Hemorragia digestiva alta	2	0,7
Úlcera gástrica	3	1
Patología renal	2	0,7
Insuficiencia cardíaca	0	0
Alergias	7	2,4
Anemia aplásica	3	1
Trombocitopenia	2	0,7



Efectos Adversos	Frecuencia	Porcentaje
Náusea	9	3,1
Epigastralgia	45	15,7
Diarrea	6	2,1
Melenas	2	0,7
Anorexia	6	2,1
Cefalea	6	2,1
Otros	5	1,7
Ninguno	138	48,3
En base a 203 hogares encuestados		

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.

**Interpretación:** De los 286 hogares encuestados 203 refirieron automedicarse AINES de esta cantidad el 15,7% dijo haber percibido epigastralgia como efecto adverso, seguido por náusea que representa el 3,1%. El 69% refiere no haber percibido ningún efecto adverso por la automedicación de estos fármacos.

TABLA 13

**Frecuencia de razón de la automedicación de AINES en los hogares de San Blas, Cuenca,  
Enero-Junio, 2011**

Razón	Frecuencia	Porcentaje
Artrosis	55	19,2
Lumbalgia	110	38,5
Hombro doloroso	61	21,3
Traumatismo sin fractura	32	11,2
Cefalea	150	52,4
Hernia Discal	2	0,7
Dismenorrea	40	14
Dolor muscular	91	31,8
Odontalgia	31	10,8
Dolor postquirúrgico	2	0,7
Infección Respiratoria	47	23,15
Cervicalgia	29	10,1
Malestar general	58	20,3
Fracturas	4	1,4





Razón	Frecuencia	Porcentaje
Várices	1	0,3
Otros	10	3,5
En base a 203 hogares encuestados		

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.

**Interpretación:** El motivo por el cual se automedican los pobladores de la parroquia de San Blas más frecuente es la cefalea con un 52,4% que representa 150 encuestados. Le siguen los problemas osteomusculares, lumbalgia 38,5% y dolor muscular 31,8%.

TABLA 14

Hogares de la parroquia de San Blas, por edad del encuestado y automedicación, Cuenca, Enero- Junio 2011.

EDAD DEL ENCUESTADO	AUTOMEDICACIÓN		Total
	SI	NO	
hasta 20 años	28	13	41
	68,3%	31,7%	100,0%
21 a 30 años	88	36	124
	71,0%	29,0%	100,0%
31 a 40 años	28	9	37
	75,7%	24,3%	100,0%
41 a 50 años	32	17	49
	65,3%	34,7%	100,0%
51 a 60 años	10	6	16
	62,5%	37,5%	100,0%
61 a 70 años	10	4	14
	71,4%	28,6%	100,0%
71 a 80 años	3	1	4
	75,0%	25,0%	100,0%
Total	199	86	285
	69,8%	30,2%	100,0%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.

**Interpretación:** del total de encuestados 124 se encuentran entre 21 a 30 años, de estos el 71% se automedica. No tiene significancia estadística  $p=0,947$



TABLA 15

**Hogares de la parroquia de San Blas, por edad del encuestado y frecuencia de automedicación, Cuenca, Enero- Junio 2011.**

EDAD DEL ENCUESTADO	CON QUE FRECUENCIA CONSUME FARMACOS SIN RECETA MEDICA				Total
	0-1 VEZ POR SEMANA	2-4 VECES POR SEMANA	1 VEZ POR MEZ	MAYOR DE 2 VECES POR SEMANA	
<b>hasta 20 años</b>	5	4	17	4	30
	16,7%	13,3%	56,7%	13,3%	100,0%
<b>21 a 30 años</b>	12	6	60	13	91
	13,2%	6,6%	65,9%	14,3%	100,0%
<b>31 a 40 años</b>	4	1	17	5	27
	14,8%	3,7%	63,0%	18,5%	100,0%
<b>41 a 50 años</b>	7	1	18	5	31
	22,6%	3,2%	58,1%	16,1%	100,0%
<b>51 a 60 años</b>	0	1	7	2	10
	,0%	10,0%	70,0%	20,0%	100,0%
<b>61 a 70 años</b>	0	3	7	0	10
	,0%	30,0%	70,0%	,0%	100,0%
<b>71 a 80 años</b>	0	0	2	1	3
	,0%	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
<b>Total</b>	28	16	128	30	202
	13,9%	7,9%	63,4%	14,9%	100,0%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.



**Interpretación:** del total de personas encuestadas, 91 de ellas de entre 21 a 30 años el 65,9% se automedican al menos 1 vez por mes. No es estadísticamente significativa  $p=0,481$

TABLA 16

**Hogares de la parroquia de San Blas, por sexo del encuestado y automedicación, Cuenca, Enero- Junio 2011.**

SEXO DEL ENCUESTADO	USTED CONSUME FARMACOS SIN RECETA MEDICA		Total
	SI	NO	
FEMENINO	135	62	197
	68,5%	31,5%	100,0%
MASCULINO	64	24	88
	27,3%	72,7%	100,0%
<b>Total</b>	199	86	285
	69,8%	30,2%	100,0%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.

**Interpretación:** del total de personas encuestadas 197 son mujeres, y de estas el 68,5% se automedica. No existe significancia estadística  $p=0.509$

TABLA 17

**Hogares de la parroquia de San Blas, por instrucción del encuestado y automedicación, Cuenca, Enero- Junio 2011.**

		USTED CONSUME FARMACOS SIN RECETA MEDICA		Total
		SI	NO	
INSTRUCCION DEL ENCUESTADO	NINGUNA	2	6	8
		25,0%	75,0%	100,0%
	PRIMARIA	76	30	106
		71,7%	28,3%	100,0%
	SECUNDARIA	59	32	91
		64,8%	35,2%	100,0%
	SUPERIOR	62	18	80
		22,5%	77,5%	100,0%
	<b>Total</b>	199	86	285
		69,8%	30,2%	100,0%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías



**Interpretación:** del total de personas encuestadas 106 tienen instrucción primaria, de ellos el 71,6 % se automedican. No tiene significancia estadística  $p = 0,11$

**TABLA 18**  
**Hogares de la parroquia de San Blas, por ocupación del encuestado y automedicación,**  
**Cuenca, Enero- Junio 2011.**

OCUPACIÓN DEL ENCUESTADO	USTED CONSUME FARMACOS SIN RECETA MEDICA		Total
	SI	NO	
OBRERO	11	3	14
	78,6%	21,4%	100,0%
EMPLEADO	42	21	63
	66,7%	33,3%	100,0%
PROFESIONAL	4	5	9
	44,4%	55,6%	100,0%
COMERCIANTE	19	3	22
	86,4%	13,6%	100,0%
QUEHACERES DOMESTICOS	58	33	91
	63,7%	36,3%	100,0%
ESTUDIANTES	53	17	70
	75,7%	24,3%	100,0%
OTROS	12	4	16
	25,0%	75,0%	100,0%
<b>Total</b>	199	86	285
	69,8%	30,2%	100,0%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.

**Interpretación:** del total de personas encuestadas 91 se desempeñan en quehaceres domésticos, de estas 58 es decir el 63,7% se automedican, no existe estadística significativa  $p = 0,154$ .

TABLA 19

**Hogares de la parroquia de San Blas, por estado civil del encuestado y automedicación, Cuenca, Enero- Junio 2011.**

ESTADO CIVIL	USTED CONSUME FARMACOS SIN RECETA MEDICA		Total
	SI	NO	
SOLTERO/A	71	34	105
	67,6%	32,4%	100,0%
CASADO/A	85	40	125
	68,0%	32,0%	100,0%
VIUDO/A	6	3	9
	66,7%	33,3%	100,0%
DIVORCIADO/A	11	2	13
	84,6%	15,4%	100,0%
UNION LIBRE	26	7	33
	21,2%	78,8%	100,0%
<b>Total</b>	199	86	285
	69,8%	30,2%	100,0%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.

**Interpretación:** del total de encuestados 125 son casados y de estos el 68% es decir 85 personas se automedican. No tiene significancia estadística  $p= 0,543$



TABLA 20

Hogares de la parroquia de San Blas, por estado instrucción del encuestado y frecuencia de automedicación, Cuenca, Enero- Junio 2011.

CON QUE FRECUENCIA CONSUME FARMACOS SIN RECETA MEDICA							Total
			0-1Veces por Semana	2-4Veces por Semana	1 Vez por Mes	>2Veces por Mes	
INSTRUCCION DEL ENCUESTADO	NINGUNA		0	0	2	0	2
			,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	PRIMARIA		9	8	50	7	74
			12,2%	10,8%	67,6%	9,5%	100,0%
	SECUNDARIA		8	3	33	16	60
			13,3%	5,0%	55,0%	26,7%	100,0%
	SUPERIOR		11	5	43	7	66
			16,7%	7,6%	65,2%	10,6%	100,0%
Total			28	16	128	30	202
			13,9%	7,9%	63,4%	14,9%	100,0%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.

**Interpretación:** del total de encuestados 74 tienen educación primaria de los cuales el 67,6% se automedica al menos una vez al mes. No es estadísticamente significativo  $p= 0,218$

**TABLA 21**

**Hogares de la parroquia de San Blas, por ocupación del encuestado y frecuencia de automedicación, Cuenca, Enero- Junio 2011.**

		CON QUE FRECUENCIA CONSUME FARMACOS SIN RECETA MEDICA				Total
		0- 1 Veces por Semana	2-4Veces por Semana	1 Vez por Mes	>2Veces por Mes	
OCUPACION DEL ENCUESTADO						
OBRERO		1	1	7	2	11
		9,1%	9,1%	63,6%	18,2%	100,0%
EMPLEADO		4	1	29	7	41
		9,8%	2,4%	70,7%	17,1%	100,0%
PROFESIONAL		0	0	2	2	4
		,0%	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
COMERCIANTE		3	0	14	2	19
		15,8%	,0%	73,7%	10,5%	100,0%
QUEHACERES DOMESTICOS		9	7	34	8	58
		15,5%	12,1%	58,6%	13,8%	100,0%
ESTUDIANTES		11	7	35	5	58
		19,0%	12,1%	60,3%	8,6%	100,0%
OTROS		0	0	7	4	11
		0%	0%	63,6%	36,4%	100,0%
Total		28	16	128	30	202
		13,9%	7,9%	63,4%	14,9%	100,0%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.

**Interpretación:**del total de personas encuestadas 58 se dedican a los quehaceres domésticos, y de estas el 58,6% se automedican al menos una vez por mes. No tiene significancia estadística  $p= 0,298$

TABLA 22

Hogares de la parroquia de San Blas, por estado civil del encuestado y frecuencia de automedicación, Cuenca, Enero- Junio 2011.

		CON QUE FRECUENCIA CONSUME FARMACOS SIN RECETA MEDICA				Total
		0-1Veces por semana	2-4Veces por semana	1 Veces por mes	>2Veces pormes	
<b>ESTADO CIVIL</b>						
<b>CIVIL</b>	SOLTERO/A	13	5	44	12	74
		17,6%	6,8%	59,5%	16,2%	100,0%
	CASADO/A	11	9	59	7	86
		12,8%	10,5%	68,6%	8,1%	100,0%
	VIUDO/A	1	1	2	1	5
		20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	100,0%
	DIVORCIADO/A	0	0	7	4	11
		,0%	,0%	63,6%	36,4%	100,0%
	UNION LIBRE	3	1	16	6	26
		3,8%	61,5%	23,1%	11,5%	100,0%
	<b>Total</b>	28	16	128	30	202
		13,9%	7,9%	63,4%	14,9%	100,0%

Fuente: Encuestas

Elaborado por: M. Jara, L. Jaramillo, J. Macías.

**Interpretación:** de los encuestados 86 son casados y de estos el 68,6% es decir 59 se automedican al menos una vez por semana. No es estadísticamente significativo  $p=0,292$





## ***CAPÍTULO VI***

### **6. DISCUSIÓN**

En el presente estudio el 69,8% de los encuestados se automedica y el 30,2% no lo hizo. En comparación al trabajo realizado en Chiclayo y Cajamarca, Perú el porcentaje de automedicación supera el 45% en ambas ciudades.

En el presente trabajo el estrato económico es definido como bajo, este es un dato que no puede ser valorado objetivamente y que puede tener sesgo debido a la incomodidad de la persona encuestada.

Es importante anotar que la mayor proporción de automedicación tomo lugar en los últimos 30 días y que las dolencias de tipo vascular (cefalea) en 52,4%, lumbalgia en 38,5% y dolor muscular 31,8% fueron la principal causa para automedicarse en el orden referido. En cambio en Perú respecto al motivo de consumo de AINE: 37% en Chiclayo y 21,3% en Cajamarca lo ingieren por presentar síntomas generales inespecíficos.

El nivel educacional no influyo en las personas que se automedican. Esto se refleja en que tan solo el 28% de los encuestados eran profesionales, los restantes tenían educación primaria o secundaria. En cambio en Perú la distribución de los encuestados según el grado de instrucción fue diferente en ambas ciudades: la proporción de encuestados con nivel de instrucción superior fue mayor en Cajamarca (69,5%) que en Chiclayo (52,8%). Es alarmante notar el nivel de educación en nuestra localidad a comparación con Cajamarca y Chiclayo. Esto sería desde nuestro punto de vista un factor determinante para la automedicación ya que no se puede esperar una cultura de acudir al médico primero en una población con un nivel de educación bajo. Sin embargo en estas ciudades con un nivel de educación superior que sobrepasa el 50% son ellos precisamente los que se automedican en mayor cantidad presumiblemente por el mayor poder adquisitivo.



Con relación a la sensación subjetiva de efectos colaterales el 48,3% de las personas que se automedican no refirió molestia alguna por la ingesta de estos fármacos y el 15,7% restante presentaron como molestia principal epigastralgia y secundariamente náusea (3,1%). En el hospital de Durand se ha visto que las hemorragias digestivas altas se dan más entre quienes consumen más AINEs, y por eso no son una enfermedad de gente joven, sino de gente de edad avanzada (60 a 79 años), a pesar de que la valoración de molestias relacionadas con autoconsumo de AINES es subjetiva creemos que la pirosis referida en nuestro estudio puede o estará relacionada con la posible aparición en edad avanzada de hemorragia digestiva alta.

En las familias de fármacos estudiadas Acetaminofen y Ácido Acetil Salicílico fueron los prevalentes con 45,1% vs 39,5%, mientras que al evaluar al Naproxeno sódico representó el 39,7% y Diclofenaco el 40,6%. Al comparar con Perú El ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco y aspirina fueron los AINE más consumidos en ambas ciudades. El AINE que más se consumió en Cajamarca fue Ibuprofeno (44,3%); en Chiclayo el uso de ibuprofeno fue de 27,5%, El AINE que más se consumió en Chiclayo fue el naproxeno (34,4%); en Cajamarca el uso de naproxeno fue de 21,1% como vemos al ser realidades parecidas en nuestro universo de estudio se consume mayoritariamente Naproxeno sódico al igual que en nuestro vecino del sur al menos en Cajamarca.



## ***CAPÍTULO VII***

### **7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **7.1. Conclusiones**

En el presente estudio la mayor cantidad de población encuestada se encuentra entre los 21-30 años y la población menos representativa constituye aquellos entre 71-80 años. Participan 286 hogares de estos 196 encuestados fueron mujeres y 90 varones.

De los 286 hogares encuestados, el 24,1% pertenecen a familias que cuentan con 4 miembros. El 37,4% de la población encuestada tienen educación primaria y el 31,8% educación secundaria.

En relación al trabajo que desempeñan los encuestados tan solo el 3,1% de los encuestados son profesionales y el 31,8% realizan quehaceres domésticos.

Del total de población estudiada se deduce que el 29,7% tienen un ingreso económico mensual que no completa la canasta básica y lo más preocupante es que toda la población de estudio carece de un ingreso mensual representativo.

El 69,6% de la población estudiada se automedicó en alguna ocasión y la mayor frecuencia de automedicación fue encontrada en el último mes previo al estudio (63,4%). Con relación a los fármacos mayormente ingeridos son Acetaminofen y Acido acetil salicílico son los más representativos (45,1% vs 39,5%). Con respecto a Naproxeno sódico y Diclofenaco representan respectivamente 39,9% y 40,6%.

En el contexto general de 286 personas encuestadas 200 se automedican AINES.



Con relación a efectos adversos el 15,7% de encuestados refirió epigastralgia y el 3,1% refirió náusea. El presente estudio demuestra que en el 48,3% de las personas encuestadas (138 personas) a pesar de haberse automedicado no refirieron molestia alguna.

El síntoma o signo más frecuente fue la cefalea con un 52,4%, Le siguen causas osteomusculares en 38,5% y 31,8% (lumbalgia y dolor muscular respectivamente).

## 7.2 Recomendaciones

Se recomienda continuar con este estudio en otras áreas de la ciudad de Cuenca y por que no del país para tener datos más confiables y estadísticamente significativos sobre el tema de automedicación de AINES y analgésicos-antipiréticos.

A pesar de que la mayor parte de la población no refirió molestia alguna tras la automedicación de estos fármacos, se debe considerar que los encuestados eran en su mayoría gente joven en los que pudiera expresarse efectos no deseados más tardíamente. Es también importante tomar en cuenta que la epigastralgia y náusea fueron descritas por parte de la población pudiendo ser precedentes de una futura afección gástrica. Es por ello que recomendamos realizar un seguimiento de esta población a larga data para medir la aparición o no de patología concreta.

Sería prudente que el Ministerio de Salud Pública promueva campañas sobre la importancia de no automedicarse y los efectos adversos que pudieran presentarse por el abuso de la automedicación.

Creemos que se debería instruir a los farmacéuticos sobre los efectos del uso indiscriminado de esta medicación para que ellos desde su situación laboral ayuden a controlar el expendio de estos sin receta médicas.



Se recomienda revisar en un futuro nuevos estudios en realidades parecidas a las de nuestro universo en cuanto al tema para así promover y llevar a cabo distintos programas de prevención y tratamiento en caso de ser necesario.



## **8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1.- Mendoza Urrutia L, Salvatierra Laylen G y Frisancho Velarde O. Perfil del consumidor de antiinflamatorios no esteroides en Chiclayo y Cajamarca, Perú. Acta méd. Peruana. [on line]. Oct./dic. 2008, vol. 25, no.4 [cita 06, 31 mayo 2010], p.216-219. Disponible en URL: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol25\\_01\\_09/mgi04109.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol25_01_09/mgi04109.htm)
- 2.- Brooks M. Los analgésicos comunes pueden dañar la audición. [on line]. Traducido martes, 9 de marzo, 2010. Disponible en URL [http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory\\_96227.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_96227.html)
- 3.- Evolución de los EUM: de la prescripción a la calidad de la prescripción [http://www.revistasice.com/cmsrevistasICE/pdfs/CICE\\_67\\_161-189\\_25D79B82A730D915ED6254685D6DE9CB.pdf](http://www.revistasice.com/cmsrevistasICE/pdfs/CICE_67_161-189_25D79B82A730D915ED6254685D6DE9CB.pdf)
- 4.- Figueras A, Vallano A, Narváez E, ed. Fundamentos metodológicos de los estudios de utilización de medicamentos. Una aproximación práctica para estudios en ámbito hospitalario. Managua. 2003 [http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/proyecto\\_adscripcion\\_web/biblio/manual-eum.pdf](http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/proyecto_adscripcion_web/biblio/manual-eum.pdf).
- 5.- Montejano Juan J. estudio de utilización de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos en población rural. Universidad de Valencia. Disponible en URL: <http://www.tesisenxarxa.net/TESIS-UV/available/TDX-0530118-145044//Montejano.pdf>.
- 6.- Gabriela KREGAR, Ester FILINGER, ¿Qué Se Entiende Por Automedicación?, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina URL: [http://www.latamjpharm.org/trabajos/24/1/LAJOP\\_24\\_1\\_6\\_2\\_5ROG2AU4L2.pdf](http://www.latamjpharm.org/trabajos/24/1/LAJOP_24_1_6_2_5ROG2AU4L2.pdf),



- 7.-Maríalnés Aguado Profesora Titular Farmacotecnia. Profesora Titular Higiene y Sanidad, Chaco Argentina, <http://www.siicsalud.com/dato/dat048/06411031.htm>, Abril 2005
- 8.- MESTANZA Francisco y PAMO Oscar, Estudio muestral del consumo de medicamentos y automedicación en Lima Metropolitana, <http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/3-3/v3n3ao3.htm> ,
- 9.- Dr. Andrés A. Pérez Ruiz, Dra. Ana Marta López Mantecón y Dra. Ileana Grau León, Facultad de Estomatología. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Consideraciones para su uso estomatológico.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072002000200004&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072002000200004&script=sci_arttext)
- 10.-Merskey H. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by IASP Subcommittee on taxonomy.Pain.
- 11.- Menéndez Colino R. Definición. Valoración del dolor en el anciano. En: Ribera Casado JM ed. Guía práctica para el manejo del dolor en el anciano. Madrid. FundaciónInstituto UPSA del dolor 2005.
- 12.-Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persitent pain and well-being, a World Health Organization study in primary care. JAMA 1998, Consultado.
- 13.-Hartz A, Kirchdoerfer E. Undetected fibrositis in primary care practice. J FamPract 1987
- 14.-Rekola KE, Keinanen-Kiukaanniemi S, Takala J. Use of primary health services in sparsely populated country districts by patients with músculo-esqueléticoskeletal symptoms: consultations with a physician. J Epidemiol, Community Health 1993;.
- 15.-Frolund F, Frolund C. Pain in general practice. Scand J Prim Health Care 1986.



- 16.- Potter RG. The frequency of presentation of pain. Ananálisis of 1000 consecutive consultations. PainSoc 1990.
- 17.- Catala E, Reig E. Estudio sobre la prevalencia del dolor en España. Encuesta SED 1998. Sociedad Española del Dolor. Europharma S.A. 1998.
- 18.- Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamäki H, Halonen P, Takala J. El dolor es una razón para visitar al doctor, un estudio en Salud Primaria 2001,
- 19.- García-Herrera G. Evaluación clínica del dolor. En: Oteo Álvaro A ed. Guía para la evaluación y el tratamiento del dolor músculo-esquelético. Barcelona. ArsMedica 2006
- 20.- Feria M. Fármacos analgésicos antipiréticos y antiinflamatorios no esteroideos. Antiartríticos. En: Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A, eds. Farmacología humana 4ª ed. Barcelona. Masson SA. 2003.
- 21.- Flórez J. Fármacos analgésicos antipiréticos y antiinflamatorios no esteroideos. En: Fármacos y dolor. Madrid. Fundación Instituto UPSA del dolor. 2004.
- 22.- Laporte JR, Ibanez L, Vidal X, Vendrell L, Leone R. Upper gastrointestinal bleeding associated with the use of NSAIDs: newer versus older agents. Drug Saf 2004
- 23.- Vlahovic-Palcevski V, Wettermark B, Bergman U. Quality of non-steroidal anti-inflammatory drug prescribing in Croatia (Rijeka) and Sweden (Stockholm). Eur J ClinPharmacol 2002.
- 24.- Naesdal J, Brown K. NSAID-associated adverse effects and acid control aids to prevent them: a review of current treatment options. Drug Saf. 2006.





25.-Lanas A. Prevention and treatment of NSAID induced gastroduodenal injury. Curr Treat Options Gastroenterol. 2006.

26.- Burke A, Smyth E, FitzGerald GA. Analgesicantipyretic agents; pharmacotherapy of gout. En: Brunton LL, Lazo JS, Parker KI ed. Goodman & Gilman's The pharmacological basis of therapeutics. New York. McGraw Hill. 2006.

27.- Dieppe PA, Ebrahim S, Martin RM, Juni P. Lessons from the withdrawal of rofecoxib. BMJ 2004;329:867-8. 37.- Laporte JR, Ibanez L, Vidal X, Vendrell L, Leone R. Upper gastrointestinal bleeding associated with the use of NSAIDs: newer versus older agents. Drug Saf 2004; 27:411-20.

28.- 45 Juni P, Nartey L, Reichenbach S, Sterchi R, Dieppe PA, Egger M. Risk of cardiovascular events and rofecoxib: cumulative meta-analysis. Lancet. 2004;364:2021-9.

29.- Bernardino R. Asociación entre el consumo de antiinflamatorios no esteroideos y la aparición o descompensación de insuficiencia cardíaca congestiva: estudio de casos y controles. Tesis doctoral. Disponible en URL: <http://eprints.ucm.es/4782/>

30.- Segal E. Primer simposio virtual de dolor, medicina paliativa y avance en farmacología del dolor [seriado en línea], 2005 [6 pág]. Disponible en URL: <http://www.simposio-dolor.com.ar/contenidos/archivos/sdc012c.pdf>

31.- Gonzales Sotomayor J, Dagnino S  pulveda J. Analgésicos no narcóticos. Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994;23:164-169. Disponible en URL: [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/dolor/3\\_6.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/dolor/3_6.html)



## **9 Anexos**

### **9.1. Anexo 1**

#### **Consentimiento informado**

Nosotros, Margarita Jara A, Lorena Jaramillo C. y José Macías M., estamos realizando nuestra tesis para graduarnos de médicos por medio de un proyecto de investigación sobre “Frecuencia de automedicación de AINES (Antiinflamatorios no esteroides) y analgésicos-antipiréticos y características que los rodean, en hogares de la parroquia San Blas en la ciudad de Cuenca en el año 2011”, para lo cual es necesario la participación de los pobladores de la parroquia de San Blas, a quienes se les entregará un cuestionario formulado, el mismo que será respondido de acuerdo al consumo de cada hogar, por el jefe de hogar sea este el padre o la madre.

Los AINES y analgésicos-antipiréticos son medicamentos utilizados para calmar el dolor y reducir la fiebre que por su uso indiscriminado pueden causar una serie de reacciones adversas que perjudiquen la salud de quienes los consuma. Por ello este estudio se encamina a cuantificar esta automedicación indiscriminada, tomándose como muestra los pobladores de la parroquia de San Blas por ser un grupo heterogéneo y en cantidad suficiente.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando la confidencialidad de la misma. La ventaja que obtendrán los encuestados al terminar esta investigación consiste en que los resultados serán entregados a las autoridades de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca para que puedan proponer programas para mejorar su estilo de vida.

Yo,..... habitante de la parroquia de San Blas con cédula de identidad..... conocedor/a del proyecto de estudio “Frecuencia de automedicación de AINES y analgésicos antipiréticos y características que los rodean, en hogares de la parroquia San Blas de la ciudad de Cuenca en el año 2011”, acepto en calidad de encuestado/a la participación en este estudio.

Nombre:.....



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Firma:.....



## 9.2. Anexo 2

**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**Determinar la frecuencia de automedicación de AINEs y analgésicos-  
antipiréticos y características que los rodean, en hogares de la parroquia San  
Blas de la ciudad de Cuenca en el año 2011**

**Formulario N° \_\_\_\_\_**

**Instructivo:**

El presente cuestionario forma parte de un trabajo investigativo en el cual se explora diversos aspectos relacionados con el autoconsumo y analgésicos. Necesitamos su colaboración. La información que nos proporcione es estrictamente confidencial. La encuesta debe ser llenada por el jefe del hogar.

**1. Edad** \_\_\_\_\_ años.

**2. Sexo.**

2.1. Femenino ☐

2.2. Masculino ☐

**3. Número de miembros en la familia**

\_\_\_\_\_



#### 4. Instrucción

- 4.1. Ninguna ☐  
4.2. Primaria ☐  
4.3. Secundaria ☐  
4.4. Superior ☐

#### 5. Ocupación

- 5.1. Obrero ☐  
5.2. Empleado ☐  
5.3. Profesional ☐  
5.4. Desempleado ☐  
5.5. Comerciante ☐  
5.6. Quehaceres domésticos ☐  
5.7. Estudiantes ☐  
5.8. Otros ☐

#### 6. Estado Civil

- 6.1 Soltero ☐  
6.2 Casado ☐  
6.3 Viudo ☐  
6.4 Divorciado ☐  
6.5 Unión Libre ☐

#### 7. ¿Cuáles son los ingresos mensuales en su hogar?

- < \$150 ☐  
\$151-\$250 ☐



\$251-\$350 ☐

\$351-\$450 ☐

\$451-\$600 ☐

>\$600 ☐

**8. ¿En su hogar consumen fármacos sin receta médica?**

Si ☐

No ☐

**9. ¿Con qué frecuencia consumen fármacos sin receta médica?**

0 – 1 VS ☐

2 – 4 VS ☐

1 VM ☐

>2 VM ☐

VS: veces por semana

VM: veces por mes

**10. ¿Cuáles de estos fármacos para el dolor han consumido sin receta?**

Apronax ☐

Aspirina ☐

Diclofenaco ☐

Tonopan ☐

Buprex ☐

Cataflam ☐

Voltaren ☐

Feldene ☐

Novalgina ☐

Neurobion ☐

Finalin ☐



- Tempra ☐
- Comtrex ☐
- Otros ☐ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**11. ¿En que forma farmacéutica han venido estos fármacos?**

- Tabletas ☐
- Capsulas ☐
- Grageas ☐
- Suspensión ☐
- Gel ☐
- Inyección ☐
- Parche transdérmico ☐
- Supositorio ☐
- Jarabe ☐
- Gotas ☐
- Crema ☐
- Otros ☐

**12. ¿Qué efectos no deseados ha percibido usted en su hogar por el uso de estos fármacos?**

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| Vomitir sangre           | <input type="checkbox"/> |
| Úlcera en el estómago    | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad del riñón     | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad del corazón   | <input type="checkbox"/> |
| Alergias                 | <input type="checkbox"/> |
| Anemia                   | <input type="checkbox"/> |
| Sangra mucho al cortarse | <input type="checkbox"/> |
| Náusea                   | <input type="checkbox"/> |
| Dolor Estómago           | <input type="checkbox"/> |
|                          | <input type="checkbox"/> |



- Diarrea ☐
- Heces negras ☐
- Falta de apetito ☐
- Dolor de cabeza ☐
- Otros ☐
- Ninguno ☐

**13. ¿Porqué motivo en su hogar consumen estos fármacos?**

- Dolor de las articulaciones ☐
- Dolor de espalda ☐
- Dolor de hombro ☐
- Traumatismo sin fractura ☐
- Dolor de cabeza ☐
- Hernia discal ☐
- Dolor menstrual ☐
- Dolor muscular ☐
- Dolor de dientes ☐
- Dolor después de una cirugía ☐
- Infección respiratoria ☐
- Dolor de cuello ☐
- Malestar general ☐
- Fractura ☐
- Varices ☐
- Ninguna ☐
- Otros ☐





## 9.2 Anexo 3

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
<b>Edad</b>	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Años	Número de años cumplidos	18-20 21-30 31-40 41-50 51-60 61-70 71-80
<b>Estado civil</b>	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre	<u>Soltero</u> : persona que nunca ha estado casada. <u>Casado</u> : Unión de un hombre con una mujer mediante matrimonio civil. <u>Viudo</u> : estado de haber perdido al cónyuge por fallecimiento. <u>Divorciado</u> : persona que disuelto su matrimonio. <u>Unión libre</u> : Unirse en concubinato.	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre



<b>Instrucción</b>	Suma de conocimientos adquiridos	Ninguna Primaria Secundaria Superior	<u>Ninguna:</u> Analfabeto <u>Primaria:</u> es la que asegura la correcta alfabetización <u>Secundaria:</u> Bachillerato <u>Superior:</u> título universitario	Ninguna Primaria Secundaria Superior
<b>Ocupación</b>	Actividad en la cual se desenvuelve una persona	Obrero Profesional Desempleado Otro	<u>Obrero:</u> Trabajador manual retribuido <u>Profesional:</u> persona con título universitario <u>Desempleado:</u> persona sin trabajo <u>Otro:</u> cualquier empleo que no corresponda a las anteriores	Obrero Profesional Desempleado Otro
<b>Sexo</b>	Características biológicas que distinguen al macho de la hembra	Masculino Femenino	Masculino: sexo que produce espermatozoides Femenino: sexo que produce óvulos.	Masculino Femenino
<b>Automedicación</b>	Es el consumo que se hace de un medicamento, sea este de receta o de libre acceso de venta			SI NO



	sin receta, sin la indicación o receta médica			
<b>Fármacos</b>	Principio activo que consume el paciente	Naproxeno Ibuprofeno Aspirina Paracetamol Metemizol Meloxicam Piroxicam Ketorolaco Diclofenaco Tramadol Celecoxib	Naproxeno: Ibuprofeno ASA Paracetamol Metamizol Meloxicam Piroxicam Ketorolaco Diclofenaco Celecoxib	Naproxeno Ibuprofeno Aspirina Paracetamol Metemizol Meloxicam Piroxicam Ketorolaco Diclofenaco Celecoxib
<b>Nombre Comercial</b>	Designación que la casa comercial la pone al fármaco			Apronax Aspirina Diclofenaco + casa comercial Tonopan Buprex Cataflam Voltaren Feldene Novalgina Neurobión Finalin Tempra Comtrex Otros



<b>Presentación Farmacéutica</b>	es la disposición individualizada a que se adaptan los principios activos y <u>excipientes</u> para constituir un medicamento			Tabletas Capsulas Grageas Suspensión Gel Inyección Parche transdérmico Supositorio Jarabe Gotas
<b>Frecuencia</b>	Periodicidad con la que consume el fármaco	O-1 VS 2-4 VS 1 VM >2 VM	VS: Veces por Semana que consume el fármaco el paciente VM: Veces por mes que consume el fármaco el paciente	O-1 VS 2-4 VS 1 VM >2 VM
<b>Razones</b>	Motivo por el cual consume el fármaco	Artrosis Lumbalgia Hombro doloroso Traumatismo sin fractura Cefalea Hernia discal Dismenorrea Dolor muscular Odontalgia Dolor		Artrosis Dolor de espalda Dolor de hombro Traumatismo sin fractura Dolor de cabeza Hernia discal Dolor menstrual Dolor muscular Dolor de dientes Dolor después de una cirugía



		postquirúrgico Infección respiratoria Cervicalgia Malestar general Fractura Varices Ninguna		Infección respiratoria Dolor de cuello Malestar general Fractura Varices Ninguna
<b>Efectos adversos</b>	Resultados no esperados o contrarios a lo que se quería	Hemorragia digestiva alta Úlcera gástrica Enfermedad del riñón Insuficiencia cardíaca Alergias Anemia aplásica Trombocitopeni a Náusea Epigastralgia Diarrea Melenas Anorexia Cefalea		Vomitar sangre Úlcera en el estómago Enfermedad del riñón Enfermedad del corazón Alergias Anemia Sangra mucho al cortarse Náusea Dolor Estómago Diarrea Heces negras Falta de apetito Dolor de cabeza